

受付番号： _____

20 年 月 日

白百合女子大学図書館長殿

所蔵資料閲覧願

下記（太枠内）のとおり、所蔵資料の閲覧を許可して下さいようお願いいたします。

氏名：		
住所：〒		
電話番号：	FAX番号：	
メールアドレス：		
勤務先（所属）：		
住所：〒		
電話番号：	FAX番号：	
1	誌名／書名：	ISBN/ISSN(できるだけ記入)：
	巻号：	発行年月：
	請求記号：	登録番号：
2	誌名／書名：	ISBN/ISSN(できるだけ記入)：
	巻号：	発行年月：
	請求記号：	登録番号：
3	誌名／書名：	ISBN/ISSN(できるだけ記入)：
	巻号：	発行年月日：
	請求記号：	登録記号：
閲覧希望日：20 年 月 日		閲覧目的：
備考：		申込方法：（ FAX ） 受付担当者：

4冊以上閲覧をご希望の場合は、本状をもう1枚をご用意下さい。その際、個人情報は「氏名」のみで結構です。

決裁： 許可 / 不許可

館長名：

印

閲覧日： 20 年 月 日

返却担当者：